Ein Fall

von

Facialislähmung

nach

Herpes zoster cervico-occipitalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Unter dem Präsidium des Herrn

Geheimrat Prof. Dr. H. v. Ziemssen.

der

medicinischen Facultät der Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

BRUNO PORZIG

Assistenzarzt am Krankenhause zu Augsburg.

MÜNCHEN

Buchdruckerei Gebrüder Haertl

1888.

Ein Fall

von

Facialislähmung

nach

Herpes zoster cervico-occipitalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Unter dem Präsidium des Herrn

Geheimrat Prof. Dr. H. v. Ziemssen

der

medicinischen Facultät der Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

BRUNO PORZIG

Assistenzarzt am Krankenhause zu Augsburg.

MÜNCHEN

Buchdruckerei Gebrüder Haertl

1888.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0278

Ein Fall von Facialislähmung nach Herpes zoster cervico-occipitalis.

„Meinen Freunden gewidmet.“

Ein Fall von Facialislähmung nach Herpes zoster cervico-occipitalis.

Bei der relativ sehr geringen Anzahl der Fälle, in denen sich ein Herpes zoster mit einer Lähmung motorischer Nerven combinirte, dürfte es nicht ohne Interesse sein, einen neuen Fall dieser Art mitzuteilen, der im Sommer dieses Jahres in dem Ambulatorium des hiesigen medicinisch-klinischen Institutes zur Beobachtung gelangte. Es sei uns gestattet, über denselben in Folgendem etwas ausführlicher zu berichten.

Der 71jährige pensionirte Feldwebel Simon A. aus München, der die Strapazen mehrerer Feldzüge mit durchgemacht, ist zwei Mal von acutem Gelenkrheumatismus befallen worden, über deren Verlauf aber nähere Angaben fehlen; sonst will er stets gesund gewesen sein; nur behauptet er, dass sein Körper im Allgemeinen wenig widerstandsfähig gegen Witterungseinflüsse sei.

Am 9. Juni 1887 bei Gelegenheit der Frohnleichnamsprozession hatte sich A. stark erhitzt und unmittelbar darnach einem heftigen kühlen Zug ausgesetzt

Diesem Umstande gibt A. die Schuld an seinem folgenden Leiden. In der darauf folgenden Nacht trat bei dem Patienten in der Gegend hinter dem rechten Ohre ein eigentümliches Gefühl von kribbelndem, juckendem und brennendem Charakter auf, das sich bald mit lebhaften Schmerzen verband; am nächsten Tage will Patient Röthung, etwas Schwellung und einige Bläschen hinter dem betreffendem Ohre bemerkt haben. Diese Röthung und Schwellung verbunden mit Bläschenbildung hat sich dann in den nächsten Tagen mehr verbreitert und zwar sowohl gegen das Hinterhaupt und den Nacken zu als auch nach vorne über die Wange nach dem Halse zu. Am 15. Juni stellte sich A. im Ambulatorium des hiesigen med. klinischen Institutes vor, um Hülfe für sein schmerzvolles Leiden zu suchen. Hier wurde nun vom Assistenzarzt Dr. May Folgendes constatirt. Die Hautpartieen hinter dem rechten Ohre fast genau bis zur Mittellinie des Hinterhauptes, ferner die dieser Seite entsprechende Hälfte des Nackens, ausserdem die obere Hälfte der rechten Seite des Halses, der unterere Teil der rechten Wange, die nur schwer von dem kurzen, gedrungenen, fettreichen Halse abzugrenzen war, waren fast gleichmässig hyperämisch geröthet; in der ganzen Ausdehnung dieser Hautpartieen waren Bläschen sichtbar, deren Grösse von der eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Erbse variirten; der bei weitem grösste Teil dieser Bläschen war mit einem wasserklaren Fluidum gefüllt, der kleinere Teil war schon geplatzt und infolge des eingetrockneten Sekretes mit einer kleinen Kruste bedeckt. Die Ausbreitung

dieser Erkrankung entsprach dem Nervus occipitalis magnus, ferner den 3 Zweigen aus dem Plexus cervicalis, dem Nervus occipitalis minor, dem N. auricularis magnus und N. subcutaneus colli medius; ausserdem waren noch einige sensible, resp. trophische Zweige des III. Astes vom Nervus trigeminus an dem untern Teile der rechten Wange mitbefallen. Die Gesammterscheinungen dieser Erkrankung wurden also in der Diagnose eines Herpes zoster cervico-occipitalis zusammengefasst. Dabei bestand auch enorme Hyperästhesie und Schmerzhaftigkeit der erwähnten Stellen; ganz besonders intensiv aber waren die Schmerzen, welche bei Berührung des rechten Ohrläppchens auftraten; die leiseste Berührung desselben rief die lebhaftesten Schmerzen hervor; auffallend war, dass stärkerer Druck der afficirten Stellen für den Patienten nicht so empfindlich war, als zartes, vorsichtiges Streicheln; spontane Schmerzen waren nicht vorhanden.

Der Verlauf des Herpes zoster war ein ziemlich normaler; der Inhalt der sämmtlichen Bläschen trocknete nach und nach ein, es bildeten sich kleine Krusten, nach deren Abstossung mit Epidernis überhäutete, noch ziemlich gerötete Stellen zurückblieben. Die Behandlung bestand in dem üblichen Aufstreuen von Streupulver, bestehend aus Amylum triticum und Zinc. oxydatum alb.

Am 26. Juni, also 17 Tage nach der zugezogenen Erkältung, bemerkte Patient, dass ihm beim Kaffeetrinken ein Teil desselben aus dem rechten Mundwinkel

lief und dass ihm beim Kauen die rechte Wange zwischen die Zähne kam, ferner sollen ihm aus dem rechten Auge mehrmals Thränen geflossen sein; er war in nicht geringem Maasse erstaunt, als er auf den vollkommenen Schiefstand seines Gesichtes im hiesigen Ambulatorium ärztlicherseits aufmerksam gemacht wurde; in den letzten Tagen will Patient auch, namentlich zur Nachtzeit, Schmerzen in der Gegend des rechten Processus mastoideus verspürt haben, und hinderte ihn ein brennender Schmerz zwischen rechtem Auge und Ohre am Schlafen.

Bei der am 30. Juni stattgehabten Vorstellung des Kranken in der Klinik des Herrn Geheimrats von Ziemssen wurden folgende Befunde constatirt: Die rechte Gesichtshälfte ist schlaff und ausdruckslos, die Stirnrunzeln erscheinen auf der rechten Seite bei willkürlicher Contraction der Mm. frontales verstrichen, das rechte Auge ist abnorm weit geöffnet, thränt und kann nicht geschlossen werden. Die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen, der rechte Mundwinkel hängt herab und zuweilen fliesst Speichel aus demselben. Die Sprache ist undeutlich, das Kauen ist erschwert wegen der mangelhaften Wangenbewegung, Pfeifen ist dem Patienten unmöglich. Die Gaumenbögen stehen rechts etwas tiefer als links, beim Intoniren wird der weiche Gaumen schief nach links und oben gehoben; es scheinen also auch die Facialisfasern, welche durch den Nervus petrosus superficialis major zum Ganglion sphenopalatinum und von hier zum Gaumensegel gehen, mit afficirt zu sein, ferner steht die Uvula etwas nach links

verzogen, die Stellung der Zunge scheint normal zu sein, nur ist beim Vorstrecken links leichtes Muskelzucken zu constatiren; ferner läugnet der Patient auf der rechten Zungenhälfte Geschmacksempfindung zu haben. Ausserdem ist noch hervorzuheben, dass die ganze rechte Gesichtshälfte sehr empfindlich und schmerzhaft ist. Die Diagnose wurde darum auf eine rechtsseitige complete Facialislähmung gestellt. Aus der Geschmacksstörung, dem wenn auch geringen Ohrensausen, der Gaumensegelparese musste der Schluss gezogen werden, dass die Erkrankung des N. facialis ziemlich hoch, ungefähr bis an das Ganglion geniculi vorgeschritten sei. Ob in unserem Falle, wie neuerdings von Rosenbach[1]) angegeben wurde, eine Herabsetzung des Gehörvermögens auf der erkrankten Seite bestand, kann leider nichts weiteres angegeben werden, als dass Patient über „schlechtes Hören" klagte.

Während bei der am 28. Juni vorgenommenen Untersuchung betreffs der elektrischen Erregbarkeit kein nennenswerter Unterschied zwischen rechts und links gefunden werden konnte, musste bei der am 30. Juni vorgenommenen Untersuchung constatirt werden, dass in den Facialiszweigen rechts die taradische Erreizbarkeit überall herabgesetzt war.

Was den weiteren Verlauf der Facialislähmung anbelangt, so war dieser als sehr günstig zu bezeichnen. Unter elektrischer Behandlung besserten sich die

---

1) „Ueber Gehörstörungen in Fällen peripherer Facialislähmungen" Centralblatt für Nervenheilkunde, 1887 No. 12.

oben geschilderten Krankheitserscheinungen sehr bald Schon nach einigen Tagen konnte das rechte Auge wieder gut geschlossen werden, die Stirnrunzeln, die Nasolabialfalte wurde wieder sichtbar, am 12. Juli konnte Patient wieder pfeifen; nur in der Gegend des rechten Proc. mastoid. bestanden fortwährend Parästhesien, namentlich Nachts waren dieselben ziemlich lästig, ohne jedoch so hochgradig gewesen zu sein, dass Patient in seiner Nachtruhe gestört worden wäre.

Die therapeutischen Mittel, zu denen man griff, wie Chininpulver in Dosen von 1 Gramm, Belladonnasalbe, hatten sehr wenig Erfolg zu verzeichnen; man beschränkte sich deshalb auf die elektrische Behandlung und zwar mit der Anode, worauf Patient, wenn auch nur für kurze Zeit, doch stets grosse Erleichterung gegen die Parästhesien verspürte. Objectiv waren nur noch mässig injicirte Stellen, die den abgeheilten Herpesbläschen entsprachen, nachzuweisen; die Haut dieser Gegend war bis in die jüngste Zeit etwas gerötet und stark glänzend; eigentliche schmerzhafte Druckpunkte waren nie vorhanden, nur eine ausserordentliche Empfindlichkeit des rechten Ohrläppchens, namentlich für leise Berührungen, wie Streicheln mit dem Finger, leise Windbewegungen. Bis August hatte sich der Zustand im Ganzen nur wenig gebessert; allerhand Parästhesieen, wie Jucken, Brennen, Ameisenkriechen in der rechten Ohr- und Hinterhauptgegend beunruhigten den Patienten immer noch, namentlich zur Nachtzeit. Patient befindet sich immer noch in Beobachtung des Ambulatoriums. Die Parästhesieen bestehen freilich fast nur mehr an-

deutungsweise fort. A. befindet sich dabei ganz gesund und meidet nur rauhe Luft, da er in der Gegend hinter dem Ohre sonst ein „gewisses Unbehagen“ verspürt.

Es handelt sich nun für uns darum, ob in diesem Falle die Facialislähmung eine selbstständige Erkrankung war, oder ob sie in irgend einen Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Herpes zoster cervico-occipitalis zu bringen ist.

Als häufigste Ursachen einer Facialislähmung werden angesehen zunächst Erkältungen, wie Zugluft, Schlafen bei offenen Fenstern, Eisenbahnfahrten bei offenen Fenstern etc. Diese Ursachen können wir bei unsrem Patienten ausschliessen auf Grund der Anamnese, da derselbe sich durchaus nicht erinnert, vor dem Auftreten der Lähmung sich einer neuen derartigen Schädlichkeit ausgesetzt zu haben, zwischen der ersten Erkältung aber 17 Tage gelegen haben. Als fernere Ursachen einer Facialislähmung werden Erkrankungen an der Schädel- oder Gehirnbasis angegeben, wie Tumoren, syphilitische Neubildungen, acute und chronische Entzündungen; auch diese können wir mit Sicherheit ausschliessen, einfach aus dem raschen Entstehen, dem weiteren Verlauf unserer Facialislähmung und dem Mangel übriger Gehirnsymptome. Ferner erwähnen wir noch, dass eine Erkrankung des Mittelohres oder Caries des Felsenbeins nicht vorhanden waren, von denen wir wissen, dass sie eine Lähmung des Facialis hervorrufen können; ebenso war keine Parotisgeschwulst, noch eine Erkrankung des Gehirns, oder des verlängerten Marks vorhanden. Bei dem Mangel einer nachweis-

baren Ursache für die Facialislähmung müssen wir als nächstliegend bezeichnen, dass dieselbe im Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Herpes zoster zu bringen ist. Wir wissen ja auch, dass eine allerdings nicht grosse Zahl von Beobachtungen vorliegt, in denen sich ein Herpes zoster mit Lähmung motorischer Nerven combinirte.

Die Literatur hierüber ist in fast erschöpfender Weise von Strübing[1]) zusammengestellt worden.

Das Auftreten eines Herpes zoster zugleich mit Lähmung motorischer Nerven kann einmal dadurch gegeben sein, dass der Prozess im Centrum des Nervensystems, wie bei Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks, von den trophischen Bahnen auf die motorischen übergreift, oder dass auch umgekehrt zuerst die motorischen und dann die trophischen Apparate erkranken. Es sind nur 5 Fälle dieser Art bekannt.

In dem von Hardy[2]) mitgeteilten Falle war ein Herpes zoster von heftigen Gürtelschmerzen begleitet; bald danach stellten sich Schmerzen in den unteren Extremitäten ein, Lähmungserscheinungen entwickelten sich, die sich auf die Respirationsmuskeln ausdehnten; schliesslich ging der Patient suffocatorisch zu Grunde, nachdem er alle Zeichen einer Myelitis ascendens dargeboten hatte.

In einem zweiten Falle, den Weidner[3]) beobach-

---

1) Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. XXXVII Nr. 24.

2) Du Zona. Gaz. des Hôp. Nr. 103, S. 104, Virchow-Hirsch, Jahresbericht XI 2 S. 510.

3) 3 Fälle von Herp. zost. Berliner klin. Wochenschrift. 1870 Nr. 27.

tete, trat bei einem Soldaten 10 Wochen nach der luetischen Infection Roseola, Psoriasis und Rachengeschwüre auf. 3 Wochen später stellte sich eine Lähmung der oberen und unteren Extremitäten ein. Bald darauf zeigte sich eine Empfindlichkeit der Wirbelsäule vom 2. bis 7. Dornfortsatz und an den Querfortsätzen des 8. und 10. Brustwirbels. Nach einigen Tagen trat Herpes zoster auf im Verlauf des 9. Intercostalnerven.

In den beiden von Duncan [1]) beschriebenen Fällen waren es zwei alte Frauen, die von einer Hemiplegie betroffen wurden. Fast gleichzeitig mit dieser entwickelte sich der Bläschenauschlag und verschwand auch wieder mit der Hemiplegie.

In dem Falle, den Payne [2]) mitteilt, zeigte sich 3 Tage nach dem Eintritt einer Hemiplegie ein Herpes zoster auf der gelähmten Seite im Bereiche der oberflächlichen Aeste des vorderen Schenkelnerven.

In allen diesen Fällen ist die Annahme gerechtfertigt, dass der Zoster und die Lähmungen auf einen pathologischen Grundprozess zurückzuführen sind und die gleichzeitige Ursache für ihr Auftreten in dem vorhandenen centralen Leiden zu suchen ist.

Nun gibt es aber eine andere Reihe von Fällen, wo es sich bei dem gemeinsamen Auftreten von Herpes zoster und Lähmungen handelt um die Erkrankung eines peripheren gemischten Nerven, der neben den sensiblen resp. trophischen Fasern auch motorische

---

1) Ueber Herp. zoster. Journ. of catan. med. Oktober 1868. — Archiv für Dermatologie u. Syphilis von Auspitz u. Pick. I. Jahrg. I. 121.
2) Brittsh med. Journ. August 1871.

führt. Durch die gleichzeitige Erkrankung dieser differenten, aber hier zusammenliegenden Fasern erklärt sich das combinirte Auftreten des Zoster und der Lähmung. In der Literatur finden sich 6 Fälle dieser Art

Schwimmer[1]) beobachtete einen 35jähr. Patienten, bei dem 10 Tage nach einem Sturze, der zu einer Contusion des Schultergelenks geführt, heftige Neuralgien im Verlaufe des Plexus brachialis auftraten. Kurz darauf entwickelte sich ein Herpes zoster brachialis. Zuerst zeigte sich Hyperästhesie des Haut, dann Anästhesie und unvollkommene Lähmung des ganzen Arms.

Auch Hardy (l. c.) hat einen hierher gehörenden Fall beobachtet, wobei sich nach einem Herpes im Verlaufe des N. ischiadicas eine vollkommene Lähmung der Muskeln der Wade und der äusseren Partieen des Beins einstellte. Nach einem Jahre war die Lähmung noch nicht vollständig verschwunden.

Ferner teilt Broadbent[2]) einen derartigen Fall mit: Bei einer 74jährigen Frau entwickelte sich der Herpes in einzelnen Aesten des Plexus brachialis; eine Woche später verlor die Patientin zum grössten Teil den Gebrauch des Armes. Unter dem Auftreten heftiger Schmerzen im Arme wurde derselbe schwach und konnte namentlich nicht vom Thorax abducirt werden. Die Flexion des Vorderarms und die Bewegungen der Finger konnte die Patientin ausführen. Durch die elek-

---

1) Die neuropathischen Dermatosen S. 139.

2) Case of herpetic eruption in the course of branches of the brachial plexus. Brit. med. journ. 66, Nr. 304.

trische Behandlung wurde eine Abnahme der Schmerzen und eine Besserung der Mobilität des Arms erreicht.

Ferner berichtet Joffroy[1]) auch über 2 hierher gehörende Fälle: In dem ersteren zeigte sich bei einem 65jährigen Patienten unter heftigen Schmerzen Herpes zoster an der rechten Schulter. Nach drei Monaten entwickelte sich schmerzlos eine Atrophie der vom Nervus ulnaris versorgten kleinen Handmuskeln; die faradische Erregbarkeit war fast erloschen, die galvanische gesteigert; nach 3 Monaten erfolgte unter galvanischer Behandlung Heilung. In der zweiten Beobachtung von Joffroy (l. c.) bildete sich bei einem 40jährigen Manne unter heftigen Schmerzen in der linken Schulter eine Atrophie des Musculus deltoides aus. Bei galvanischer Behandlung trat nach 7 Monaten fast vollständige Heilung ein; plötzlich zeigte sich unter starken Schmerzen ein Zoster an der innern und hintern Seite des Vorderarms.

Schliesslich sei noch der eine der beiden von Waller[2]) beschriebenen Fälle erwähnt: Hier wurde der rechte Oberarm zunächst von Herpes und danach von Paralyse betroffen, die durch die elektrische Behandlung wieder gehoben wurde.

Endlich sind noch Fälle beschrieben worden, in denen man als Ursache des Zoster und der Lähmung weder

---

1) Deux observations de zond et d'atrophie musculaire du membre superieur. Archive de physiologie norm. et pathol. 1882, p. 172.

2) Twee gevallen van Herpes met. motorische Stoornissen. Weekblad van het Nederl. Tiegschr voor Geneeskunde 1885, S. 737. Centralblatt für d. med. Wissensch. 1885, Nr. 8.

ein centrales Leiden noch die Erkrankung eines gemischten Nervenstammes annehmen konnte. Der Prozess spielte sich vielmehr ganz in der äussersten Peripherie ab. Der Zoster trat als Ausdruck auf einer Entzündung zweifellos peripherer sensibler resp. trophischer Fasern und benachbarte motorische Nervenbahnen wurden, wie man — und wohl mit Recht — annahm, dadurch in Mitleidenschaft gezogen, dass die Neuritis durch die vorhandenen Verbindungsäste von den sensiblen auf die motorischen Nerven überging. So finden sich in der Literatur mehrere Beobachtungen, im Ganzen sind nur 8 bekannt, in denen Zoster des Gesichts oder des Halses sich mit einer Lähmung des Nervus facialis combinirte.

So berichtet Strübing[1]) eingehender Weise über einen derartigen Fall, den er selbst beobachtete. Es war dies ein 52jähriges Fräulein, welches seit 20 Jahren an heftigen Anfällen von Hemicranie litt; dieselbe verspürte, nachdem sie sich einer intensiven Zugluft ausgesetzt hatte, einen heftigen Schmerz in der ganzen linken Gesichtshälfte; 3 Tage später gewahrte sie ein starkes Brennen der Haut an der linken Gesichtshälfte und an der linken Seite des Halses; an demselben Tage noch zeigten sich vor und hinter dem Ohre gerötete Stellen, die am folgenden Morgen mit Herpesbläschen bedeckt waren; 2 Tage darauf war auch das Gesicht mit Herpesbläschen bedeckt; an demselben Tage noch bemerkte die Patientin Abends, dass sie nicht

1) Deutsches Archiv für klin. Medicin B. XXXVII Nr. 24.

im Stande war, die Lampe auszulöschen; es war also eine Facialislähmung hinzugetreten; der Mund war verzogen, am nächsten Tage konnte sie das linke Auge nicht schliessen; die linke Nasolabialfalte war verstrichen etc. Der Druck auf die Foramina supra — und infraorbitolia war beiderseits, namentlich aber links sehr schmerzhaft, ebenso war es der Druck auf den N. occipitalis major. In den nächsten Tagen zeigte sich, dass die faradische Erregbarkeit im Nerven und Muskel herabgesetzt war, desgleichen die galvanische Nervenerregbarkeit. 18 Tage nach Eintritt der Facialislähmung war die galvanische und faradische Nervenerregbarkeit vollständig aufgehoben, desgleichen die faradische Muskelreizbarkeit, während die galvanische Erregbarkeit des Muskels deutlich gesteigert war. 9 Monate später war Beweglichkeit in der linken Gesichtshälfte wieder vorhanden, wenngleich der gesunden Seite gegenüber noch herabgesetzt; es hatten sich aber deutliche Contracturen der gelähmten Seite ausgebildet; die galvanische und faradische Nervenerregbarkeit blieb noch lange herabgesetzt, desgleichen die galvanische und faradische Muskelcontractilität.

In dem von Tryde[1]) mitgeteilten Falle entwickelte sich Herpes an der linken Seite des Halses längs des Ramus maxillae inferioris; nach 3 Tagen trat eine linksseitige Gesichtslähmung auf, die einer 4tägigen elektrischen Behandlung wich.

---

1) Bemerkungen über Facialisparalyse. Nord. med. Ark. 2 No. 12 p. 1—52, 1870. Schmidts Jahrbücher Bd. 154, S. 273.

In einem andern Falle von Tryde (l. c.) trat bei einer Frau an der linken Seite des Halses ein Herpes auf, der sich bis zum Nacken und bis zur behaarten Kopfhaut, nach vorn über die Wange bis zum Mundwinkel ausbreitete; 4 Wochen später trat eine Gesichtslähmung dieser Seite auf, das Exanthem verschwand allmählich.

In dem 3. von Tryde (l. c.) mitgeteilten Falle trat ein Herpes zoster unter brennender Empfindung rechterseits auf, nachdem die Facialisparalyse fast 3 Monate bestanden hatte.

Der von Greenhoug[1]) geschilderte Fall ist ziemlich analog dem unsrigen; es war dies ein rechtsseitiger Zoster im Bereiche der Nervi superficialis colli, auricularis magnus, occipitalis major und minor bei einem Phthisiker. 8 Tage nach Ausbruch des Herpes trat Paralyse sämmtlicher Gesichtszweige des Nervus facialis derselben Seite auf. Der Zoster heilte im Verlaufe von 4 Wochen ab, die Paralyse ging ebenfalls allmählich zurück und war 8 Tage nach Verschwinden des Zoster völlig beseitigt.

Verneuil[2]) berichtet über einen Fall, bei dem nach einem Sturze Paralyse des linken N. facialis und 4 Tage später auf der stark hyperästhetischen Haut der linken Wange ein Herpes zoster auftrat.

---

1) Greenhoug (Boston) Acare of Herpes zoster. Boston med. and surg. Journ. Jan. 28. — Virchow-Hirsch Jahresb. IV. 2 S. 535.

2) Ueber den traumatischen Herpes. (Gazede Paris 1873, Nr. 20, 23 25, 26). Schmidts Jahrb. Bd. 162. S. 273.

Der von Letulle [1]) mitgeteilte Fall betraf einen 51jährigen Koch, welcher mit heftigen Schmerzen in der rechten Stirngegend erkrankte; bald darauf bedeckten grosse bräunliche Herpesbläschen diese Gegend, Augenlieder und Wange waren dunkelrot und ödematös, die Austrittsstellen der Quintusäste waren schmerzhaft; 16 Tage später traten wieder Schmerzen auf und Facialislähmung derselben Seite. Der Ausgang war mässige Anästhesie und Facialisparese der rechten Seite des Gesichts.

In dem Falle von Waller (l. c.) befand sich der Herpes auf der rechten Gesichtshälfte; es folgte daselbst totale Facialisparalyse mit Schwinden des Geschmacks Die elektrische Behandlung leistete vorzügliche Dienste

Fassen wir nun noch einmal kurz den von uns beobachteten Fall zusammen: Es wurde nach Einwirkung einer starken Erkältung die Reihe der Erscheinungen mit Neuralgien hinter dem rechten Ohre eröffnet; diesen Neuralgieen folgte ein Herpes in den beschriebenen Grenzen und an ihn schloss sich 17 Tage danach eine Lähmung sämmtlicher Gesichtsäste des rechten N. facialis an und eine Lähmurg der Chorda tympani. Die Erkrankung begann also in unserem Falle mit den Symptomen einer Affection des N. auriculorus magnus. Die vielfachen Anastomosen, welche dieser Nerv mit den benachbarten Nerven eingeht, machen es wahrscheinlich, dass seine Erkrankung über sein specielles Ausbrei-

---

1) Fall von Zoster ophthalmicus mit Facialislähmung. Arc . de physiol. norm. et pathol. 2 Serie IX, 1. p. 162, 1882. Schmidts Jahrb. Bd. 194, S. 15. u. 26.

tungsgebiet hinaus in die Bezirke der nachbarlichen Nerven übergreift und dass so auch Bläschen jenseits seines streng anatomischen Grenzgebietes auftreten konnten. So dürfte es sich erklären, dass der N. occipitalis minor, occipitalis major, subcutaneus colli und der Trigeminus in Mitleidenschaft gezogen wurde.

17 Tage später nun trat eine vollkommene rechtsseitige Facialislähmung ein.

Nachdem wir nun oben auseinandergesetzt haben, dass für die Facialislähmnng keine besondere Ursache nachgewiesen werden kann, ist es unsere Aufgabe, den Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen zu beleuchten. Der lange Zeitraum von 17 Tagen zwischen Einwirkung der Noxe (Erkältung) und dem Auftreten der Facialislähmung muss es uns von vornherein als unmöglich erscheinen lassen, dass der Facialis schon damals mitbetroffen wurde; es kann also auch von einer Erkrankung beider Nerven infolge gleicher Ursache nicht die Rede sein; vielmehr dürfte es das Wahrscheinlichste sein, dass die Entzündung, welche anfangs im Plexus cervicalis bestand und dann auf den III. Ast des Trigeminus und den Nervus occipitalis major übergegriffen hat, ebenso sich durch die Anastomosen auf die peripheren Aeste des Nervus facialis fortgesetzt hat, und es so durch eine ascendirende Neuritis zur completen Facialislähmung gekommen ist — Von den oben mitgeteilten Fällen aus der Literatur sind die beiden ersten von Tryde geschilderten, der von Greenhoug und der von Letulle ganz analog dem unsrigen und auch ebenso zu erklären: dass die Erscheinungen auch in

umgekehrter Reihenfolge sich entwickeln können, zeigt der 3. Tryde'sche Fall und der von Verneuil mitgeteilte, in denen die Facialisbahnen schon lange vorher ergriffen waren, ehe der Process durch die Anastomosen auf den Quintus sich fortsetzte und dessen Fasern in Mitleidenschaft zog.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr **v. Ziemssen** und Herrn Dr. Ferdinand **May** für die gütige Unterstützung, die sie mir bei der Anfertigung dieser Arbeit angedeihen liessen, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

München, im December 1887.

Bruno Porzig,
approb. Arzt.